BOLETIN MENSUAL

SIDA

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

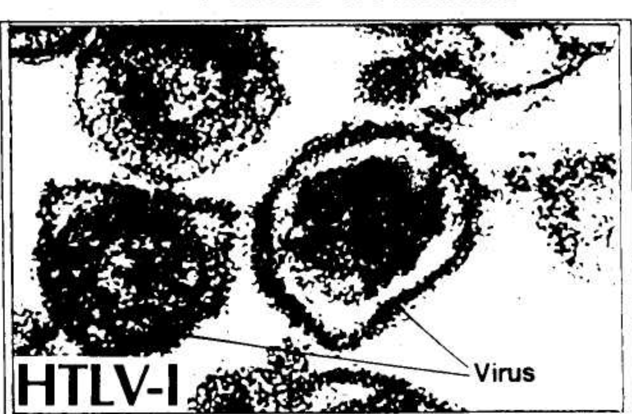
MEXICO

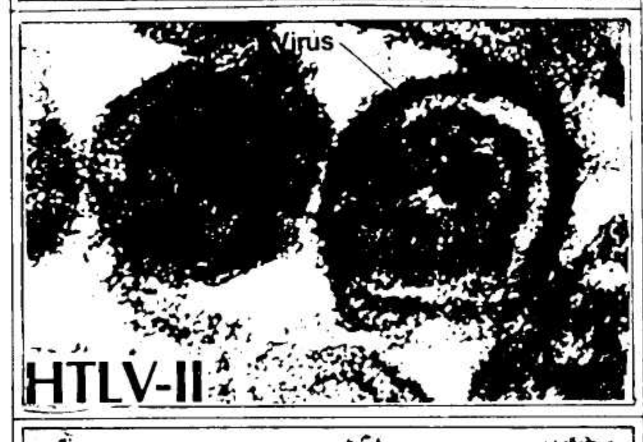


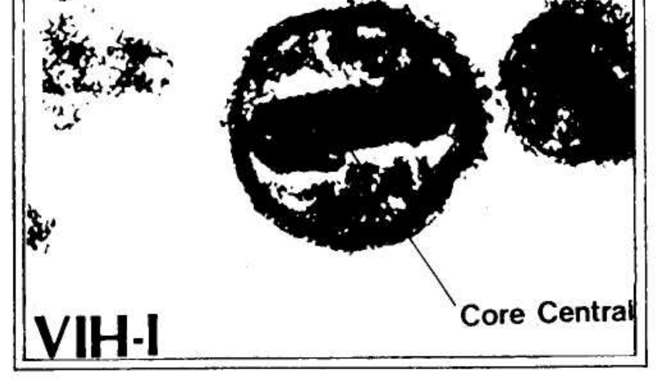
SECTOR SALUD

año 2 número 5 mayo de 1988

MICROGRAFIAS ELECTRONICAS DE RETROVIRUS HUMANOS







CONTENIDO

EDITADO POR LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. SSA

1. SITUACION DEL SIDA EN MEXICO. DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL 1º DE MAYO DE 1988.

Se han reportado a la OMS 88 081 casos de SIDA a nivel mundial, 65 464 en América, 10 851 en Europa, 10 639 en Africa y 899 en Oceanía (hasta el 30 de abril de 1988).

México ocupa el 11º lugar en cuanto a número de casos a nivel mundial.

En el Continente Africano 3 países han notificado mas de mil casos a la OMS, Uganda (2 369), Tanzania (1608) y Congo (1250).

En Europa cuatro países tienen más de mil casos notificados, Francia (3 073), República Federal Alemana (1 906), Italia (1 619) y el Reino Unido (1 429).

En América también cuatro países tienen más de mil casos notificados. Estados Unidos (57 575), Brasil (2 325), Canadá (1 517) y México (1 233). Información publicada por la OMS con datos hasta el 30 de abril de 1988.

En México, hasta el 1º de mayo de 1988 se han notificado 1367 casos de SIDA a la Dirección General de Epidemiología; durante el último mes se notificaron 65 casos nuevos, la mayoría inició su padecimiento durante 1987. La distribución de casos acumulados de SIDA por región indica que el 37.7% de los casos se concentraron en el Distrito Federal, con una tasa de 53.3 pacientes por millón de habitantes. Los estados de la región norte del país concentran el 19% de los casos con tasas que varian desde 37.6 casos por millón en Baja California hasta 7.6 en Sonora. En conjunto en esta región se han reportado 249 casos de SIDA con tasa de 20.0. En la región centro occidente se han reportado 289 de los cuales Jalisco concentra 171 con una tasa de 34.3. Los estados de la región sur sólo han reportado en total 84 casos de los cuales 37 corresponden a Yucatán y 18 a Oaxaca. Esta región tiene el 6.3% de los casos y una tasa cinco veces menor que la del Distrito Federal.

Las entidades con el mayor riesgo de SIDA expresado en tasas son: Distrito Federal, Baja California, Coahuila, Jalisco, Yucatán, Nuevo León y Morelos.

Del total de casos de SIDA, 1270 corresponden a hombres y 97 a mujeres con una razón de 13 a 1. La mayor proporción de casos en hombres se presenta en el grupo de 25 a 44 años y la menor, 3 a 1 y 5 a 1 en el de mayores de 65 y menores de 15 años, respectivamente.

Se han reportado 49 casos en población pediátrica que representan el 3.6% de los casos (más de 3 veces el porcentaje reportado de casos pediátricos en Estados Unidos).

Del total de casos, el 68.5% se notificaron en el grupo de 25 a 44 años y más del 12% en jóvenes adultos (15 a 24 años), como en los sujetos de 45 a 64 años. Se ha reportado un caso de SIDA por cada 10 000 hombres en el grupo de 25 a 44 años, en cambio, sólo seis casos por cada millón de mujeres de este grupo de edad. El riesgo de tener SIDA es cinco veces mayor en hombres de 25 a 44 años y

dos veces mayor en varones de 45 a 64 años en relación al total de la población.

La distribución de SIDA por ocupación en 669 casos es como sigue: La mayor frecuencia corresponde a trabajadores de servicios públicos o personales (18.4%) que incluyen; intendentes, meseros(as), estilistas, sobrecargos, etc.; En segundo lugar empleados administrativos en sus diferentes categorías (14.3%); los profesionistas ocupan el tercer lugar; los estudiantes el cuarto; los trabajadores de la educación, fundamentalmente maestros representan el quinto lugar.

Se han reportado 43 casos de SIDA en trabajadores de la salud, excepto del nivel profesional (los médicos están incluidos en profesionistas), donde al parecer ninguno adquirió la infección por riesgo ocupacional. Los casos en obreros suman el 6%, los comerciantes y vendedores el 5.7%. Los trabajadores del arte suman 31 de los casos, los choferes 28, amas de casa son 3.1% de los 669 casos de SIDA en los que se tiene documentada la ocupación. Se tiene reporte de 16 desempleados; 18 campesinos; 19 trabajadores domésticos y 19 técnicos.

Los vendedores ambulantes representan el 2%; los trabajadores de servicio de vigilancia el 1.7%. Se han notificado 5 casos de SIDA en prostitutas y 2 en reclusos. Como se puede observar, el SIDA afecta a todos los estratos socioeconómicos de la población, desde profesionales hasta vendedores ambulantes o desempleados. La mayor frecuencia de los casos ocurre en actividades propias del ámbito urbano, principalmente las pertenecientes al terciario de la economía (comercio y servicios).

El análisis de los casos de SIDA por factor de riesgo en mujeres adultas, indica que dos terceras partes adquieren la infección por transfusión sanguínea y una tercera parte por transmisión heterosexual.

En hombres adultos el 62% de los casos corresponde a hombres homosexuales, 26% a bisexuales y 6% por contactos heterosexuales, en conjunto el 94% de los casos adquirieron la infección por vía sexual. En este grupo se han reportado 50 casos por transmisión sanguínea que corresponde al 5%, de los cuales la mayoría adquirireron la infección por transfusión sanguínea, 16 casos en hemofílicos y cuatro en usuarios de drogas intravenosas.

De los casos pediátricos el 33% son hemofílicos, 26% adquirieron la infección por transfusión, 22% por vía perinatal y 6% por transmisión sexual.

En cuanto a las instituciones notificantes, el 40.2% (550 casos) han sido notificados por la SSA; el 39.8% (544) por el IMSS; el 9.5% (130) por el ISSSTE, y el 10.5% (143 casos) por otras instituciones.

En lo que se refiere al estado actual de los pacientes, el 33% (379 casos) han fallecido; 67% (772 casos) continúan vivos. Se desconoce el estado actual de 216 pacientes.

NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FECHA DE INICIO DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1980-1988

AÑO/SEMESTRE	Nº DE CASOS POR FECHA DE INICIO	Nº DE CASOS ACUMULADOS
1981		
1er. semestre	1	1
2do. semestre	1	2
1982		
1er. semestre	3	5
2do. semestre	8	13
1983		
1er. semestre	18	31
2do. semestre	18	49
1984		
1er. semestre	18	67
2do. semestre	54	121
1985		
1er. semestre	79	200
2do. semestre	141	341
1986		
1er. semestre	156	497
2do. semestre	296	793
1987		
1er. semestre	328	1121
2do. semestre	217	1338
1988		
1er. semestre	29	1367
TOTAL:	**1367**	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD
HASTA EL 1º DE MAYO DE 1988

DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA POR OCUPACION MEXICO. HASTA EL 1º DE MAYO DE 1988.

	OCUPACION	Nº	%
1.	TRABAJADOR EN SERVICIOS PUBLICOS O PERSONALES	123	18.4
2.	EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS	97	14.3
3.	PROFESIONISTAS	57	8.5
4.	ESTUDIANTE	45	6.7
5.	TRABAJADOR DE LA EDUCACION	43	6.4
6.	TRABAJADOR DE LA SALUD	43	6.4
7.	OBRERO INDUSTRIAL	40	6.0
8.	COMERCIANTE O VENDEDOR	38	5.7
9.	TRABAJADOR DEL ARTE Y ESPECTACULOS	31	4.6
10.	CHOFER	28	4.2
11.	AMA DE CASA	21	3.1
12.	TECNICO Y PERSONAL ESPECIALIZADO	19	2.8
13.	EMPLEADO DOMESTICO	19	2.8
14.	CAMPESINO O TRABAJADOR AGRICOLA	18	2.7
15.	DESEMPLEADO	16	2.4
16.	VENDEDOR AMBULANTE	13	2.0
17.	TRABAJADOR DE VIGILANCIA	11	1.7
18.	PROSTITUTA(O)	5	0.8
19.	RECLUSO	2	0.3
	TOTAL	**669**	**100.0**

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA
MEXICO 1982-1988 (HASTA EL 1º DE MAYO)

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO			
Distrito Federal	500	50.3	37.7
REGION NORTE			
Nuevo León	72	24.2	5.4
Coahuila	67	37.0	5.1
Baja California Norte	50	37.6	3.8
Tamaulipas	23	10.5	1.7
Chihuahua	21	9.5	1.6
Sonora	13	7.6	1.0
Baja California Sur	3	10.7	0.2
Subtotal	**249**	**20.0**	**18.8**
REGION CENTRO OCCIDENTE			
Jalisco	171	34.3	12.9
Michoacán	28	8.6	2.1
Guerrero	23	9.4	1.7
Sinaloa	16	7.3	1.2
San Luis Potosí	15	7.8	1.1
Nayarit	11	13.5	0.8
Durango	8	6.0	0.6
Colima	7	17.6	0.5
Aguascalientes	6	9.5	0.5
Zacatecas	4	3.2	0.3
Subtotal	**289**	**17.9**	**21.8**

* Tasa X 1 000 000 habitantes.

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA POR ENTIDAD FEDERATIVA
MEXICO 1982-1988 (HASTA EL 1º DE MAYO)

ENTIDAD	CASOS ACUMULADOS	TASA*	PORCENTAJE
REGION CENTRO ORIENTE			
México	78	7.7	5.9
Veracruz	40	6.4	3.0
Morelos	28	24.1	2.1
Puebla	16	4.2	1.2
Hidalgo	8	4.6	0.6
Guanajuato	7	2.0	0.5
Tlaxcala	3	4.7	0.2
Querétaro	2	2.2	0.2
Subtotal	**182**	**6.5**	**13.7**
REGION SUR			
Yucatán	37	30.0	2.8
Oaxaca	18	7.0	1.4
Chiapas	11	4.5	0.8
Tabasco	8	6.5	0.6
Campeche	7	13.1	0.5
Quintana Roo	3	9.0	0.2
Subtotal	**84**	**10.1**	**6.3**
EXTRANJERO	**20**	**-**	**1.5**
SUBTOTAL	**1326**	**-**	**100.0**
SE IGNORA	**41**		
TOTAL	**1367**	**17.5**	**100.0**

* Tasa X 1 000 000 habitantes.

EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	%	FEMENINO NO.	%	TOTAL	%	RAZON HOM/MUJ
<15	41	3.2	8	8.2	49	3.6	5/1
15-24	150	11.8	19	19.6	169	12.4	8/1
25-44	884	69.6	53	54.7	937	68.5	17/1
45-64	159	12.5	10	10.3	169	12.4	16/1
65 y +	10	0.8	3	3.1	13	0.9	3/1
Se ignora	26	2.1	4	4.1	30	2.2	7/1
TOTAL	**1270**	**100.0**	**97**	**100.0**	**1367**	**100.0**	**13/1**

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE SIDA POR EDAD Y SEXO
E.U. MEXICANOS
1982-1988 (HASTA EL 1º DE MAYO)

GRUPO DE EDAD	MASCULINO NO.	TASA*	FEMENINO NO.	TASA*	TOTAL	TASA*
<15	41	2.3	8	0.5	49	1.6
15-24	150	17.5	19	2.3	169	10.0
25-44	884	94.4	53	5.7	937	50.2
45-64	159	39.6	10	2.4	169	20.7
65 y +	10	8.1	3	2.0	13	4.8
Se ignora	26	--	4	--	30	--
TOTAL	**1270**	**32.4**	**97**	**2.5**	**1367**	**17.5**

*Tasa X 1 000 000 habitantes

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE MAYO DE 1988

FACTOR DE RIESGO EN ADULTOS POR SEXO

FACTOR DE RIESGO	MASCULINO NO.	%	FEMENINO NO.	%	TOTAL	%
HOMOSEXUALES MASC.	621	62.0			621	57.4
BISEXUALES MASC.	260	26.0			260	24.0
CONTACTOS HETEROSEXUALES	57	5.7	28	34.6	85	7.9
TRANSMISION SEXUAL	938	93.7	28	34.6	966	89.3
TRANSFUSION	30	3.0	53	65.4	83	7.7
HEMOFILICOS	16	1.6			16	1.5
DROGADICTOS (I.V.)	4	0.4			4	0.3
TRANSFUSION SANGUINEA	50	5.0	53	65.4	103	9.5
HOMOSEX/DROGADICTOS (I.V.)	13	1.3			13	1.2
SUBTOTAL	1001	100.0 (81.4)	81	100.0 (91.0)	1082	100.0 (82.1)
NO DOCUMENTADO	228	(18.6)	8	(9.0)	236	(17.9)
TOTAL	**1229**	**100.0**	**89**	**100.0**	**1318**	**100.0**

FACTOR DE RIESGO EN CASOS PEDIATRICOS

FACTOR DE RIESGO	No.	%
HEMOFILICOS	16	32.7
TRANSFUSION	13	26.5
TRANSMISION SANGUINEA	29	59.2
HOMOSEXUAL MASC.	2	4.1
HETEROSEXUAL FEM.	1	2.0
TRANSMISION SEXUAL	3	6.1
PERINATAL	11	22.5
NO DOCUMENTADO	6	12.2
TOTAL	**49**	**100**

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE MAYO DE 1988

POR FECHA DE INICIO ACUMULADOS

CASOS

2000
1000
0

AÑO	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
CASOS	2	13	49	121	341	793	1338	1367

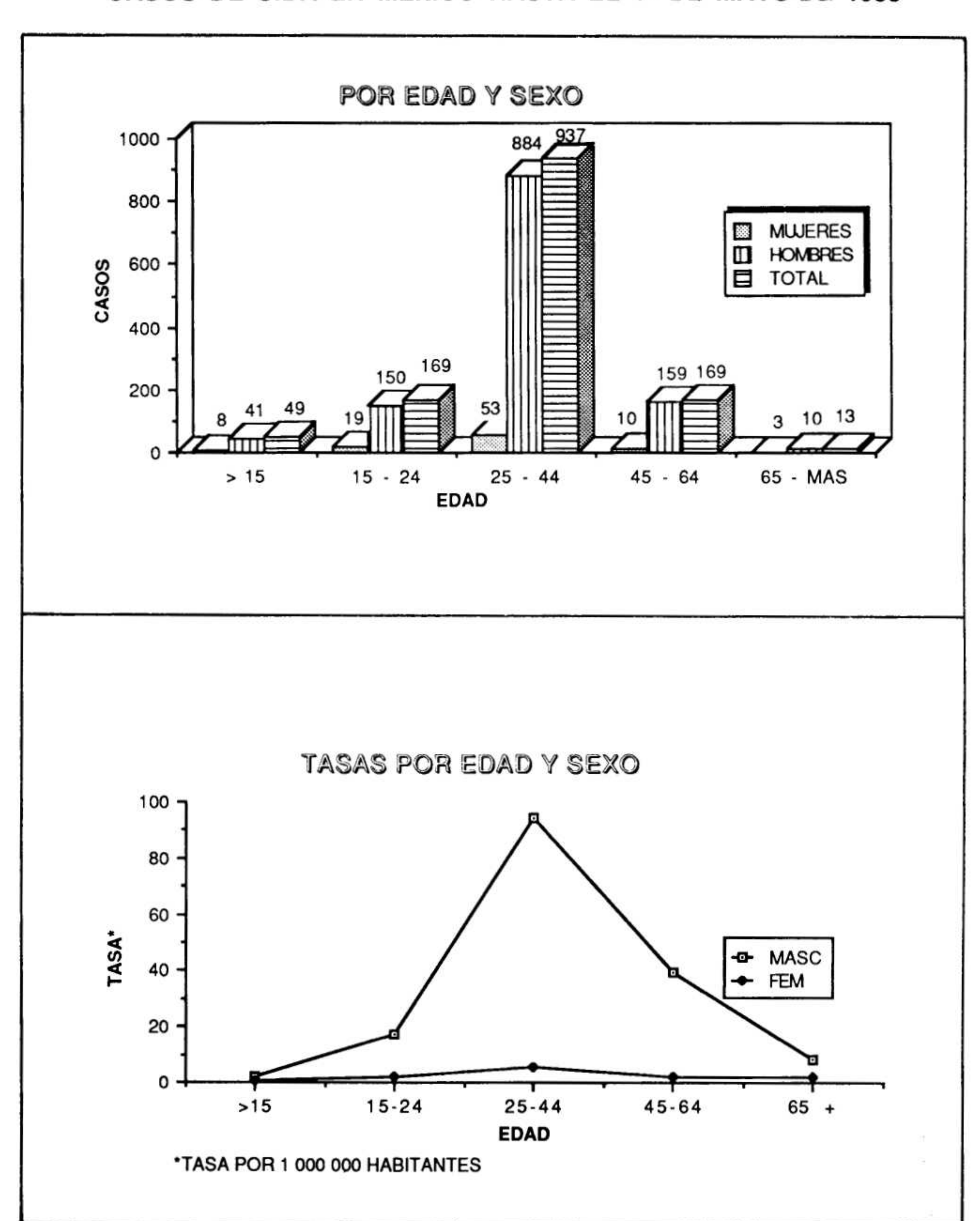
POR REGION GEOGRAFICA

TASA

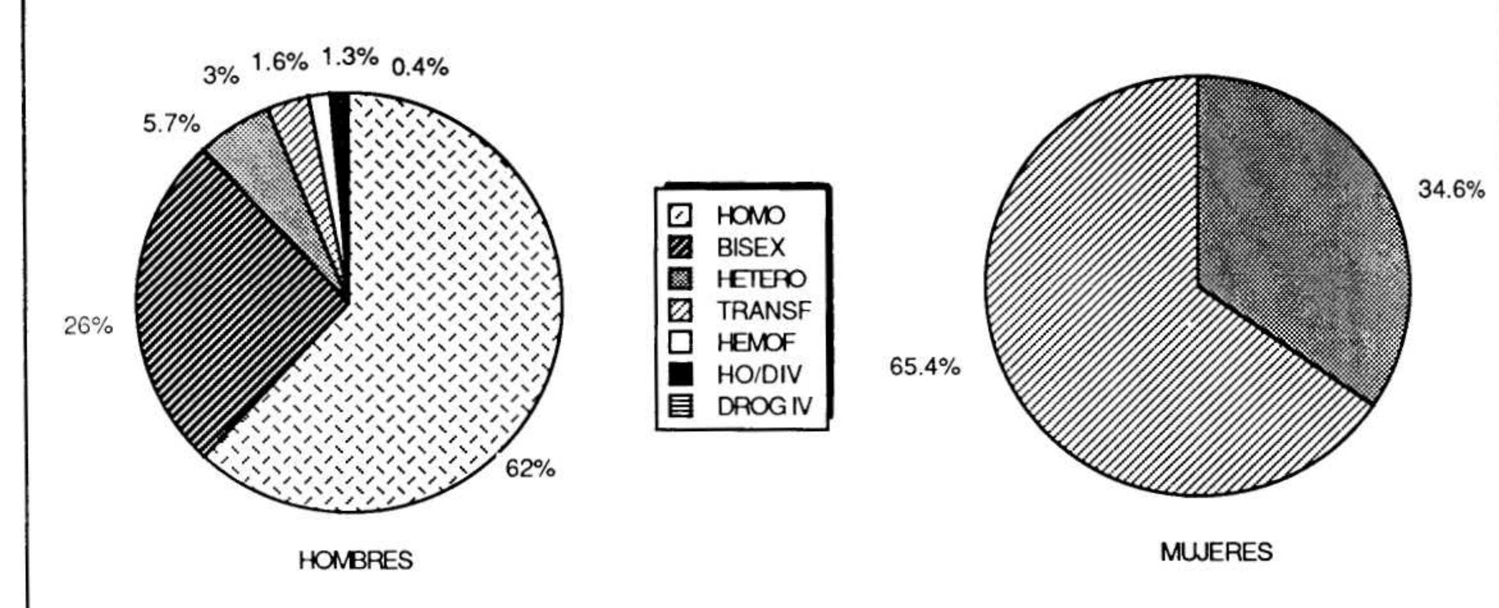
60
50
40
30
20
10
0

REGION	D. F.	NORTE	CENT. OCCID.	SUR	CENT.ORIEN.
TASA	50.3	20.0	17.9	10.1	6.5

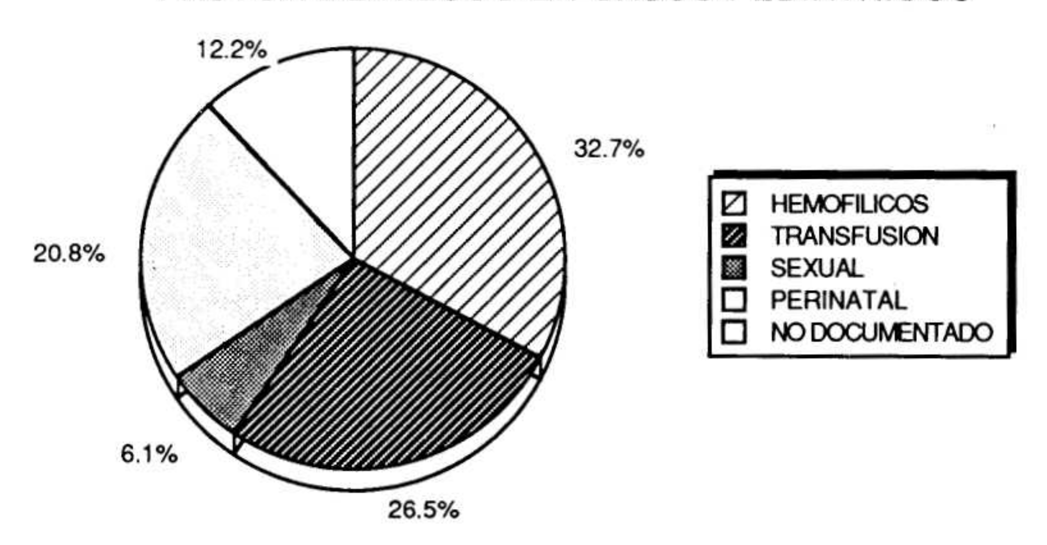
CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE MAYO DE 1988



CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE MAYO DE 1988



SE IGNORA EL FACTOR DE RIESGO EN 220 HOMBRES Y 16 MUJERES



2. NEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS CARINII

Dr. Samuel Ponce de León R.

El Pneumocystis carinii ocasiona una neumonitis frecuentemente mortal en diferentes grupos de pacientes con inmunosupresión. Se reconoció inicialmente como causa de neumonitis en niños desnutridos en Europa Central y Asia, pero más recientemente, su frecuencia aumentó en países desarrollados en poblaciones pediátricas bajo tratamiento con corticoesteroides, con inmunodeficiencias congénitas, neoplasias hematológicas y transplantados. Su presentación era esporádica hasta 1980 cuando se describieron los primeros casos de SIDA en E.U.A.

La magnitud de la epidemia de SIDA ha condicionado un dramático aumento en el número de pacientes con infección por P. carinii ya que en los E.U.A. más del 60% de los casos han tenido neumonía por éste parásito.[1] En nuestro país la incidencia parece ser menor de acuerdo a nuestros resultados en el INNSZ en donde encontramos que sólo el 22.5% de los pacientes han tenido esta complicación. [2]

EL PARASITO:

El organismo fue descrito en 1912 en el Instituto Pasteur como un protozoario que se denominó Pneumocystis carinii. En 1952 en Checoeslovaquia, Vanek lo asoció con la neumonía intersticial de células plasmáticas en infantes que ocurrió en forma epidémica después de la segunda guerra mundial.[3]

Pneumocystis carinii: Se presenta en formas quísticas y extraquísticas. El quiste es de paredes gruesas en forma esférica, oval, o en forma de taza y tiene un diámetro entre 4-6 micras; contiene hasta 8 células intraquísticas llamadas esporozoítos que cuando se encuentran libres se denominan trofozoítos que son pleomórficos y con núcleos excéntricos.

CUADRO CLINICO:

La presentación clínica de la neumonía por Pneumocystis carinii en pacientes con SIDA se caracteriza por un cuadro prodrómico con fiebre cotidiana elevada (>39°C) contínua o en agujas, en ocasiones intermitente y tos en accesos no productiva, de intensidad y frecuencia que aumentan en el curso de días o semanas, posteriormente el paciente nota polipnea y disnea, en la mayoría de los casos (> 60%) en presencia del cuadro señalado no se encuentran hallazgos en la auscultación de los campos pulmonares. La presentación en otro tipo de pacientes es habitualmente aguda mientras que en

los pacientes con SIDA es sub-aguda.

El cuadro señalado obliga a investigar la presencia de una infección pulmonar, aún en ausencia de datos auscultatorios, realizando una radiografía de tórax. La imagen radiológica más característica es la de un infiltrado intersticial, bilateral, reticulonodular de predominio en las áreas perihiliares al principio, aunque posteriormente se extiende con tendencia a respetar las regiones apicales.[4]

DIAGNOSTICO:

Ante la sospecha de neumonía por Pneumocystis carinii el diagnóstico deberá ser confirmado antes de que las condiciones del paciente se deterioren. En vista de que los pacientes con SIDA tienen una gran cantidad de parásitos en el tejido pulmonar, es factible demostrar su presencia en muestras obtenidas por expectoración o por punción transtraqueal. Las muestras deben ser teñidas con las tinciones apropiadas (metenamina de plata, Giemsa, Gram o Wright) pero se requiere de experiencia para su identificación.

El procedimiento más aceptado es la realización de una broncoscopía con lavado, cepillado y toma de biopsias transbronquiales. La realización de un lavado bronquio-alveolar a través de una broncoscopía, es en la actualidad uno de los procedimientos con mayor sensibilidad y menor morbilidad pero requiere de experiencia para identificar los parásitos. Hay que recordar por otra parte que un tercio de los pacientes con neumonía por Pneumocystis carinii pueden tener simultáneamente infección por citomegalovirus o mycobacterias lo que hace necesario contar con especímenes de biopsia.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de elección para Pneumocystis carinii es la combinación de trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) en dosis muy superiores a las habituales.[4] Durante muchos años se utilizó la pentamidina como un agente de elección pero por su elevada toxicidad actualmente sólo se indica cuando existe intolerancia al TMP-SMX, desafortunadamente en México no es posible obtener este medicamento.

La vía de administración del tratamiento dependerá de las condiciones del paciente. Si existen datos de insuficiencia, aunque sean discretos, el paciente deberá internarse para su administración intravenosa en dosis de 20 mg/Kg/día de TMP y con duración de 10 a 14 días por esta vía. En México

la única presentación para uso intravenoso es el trimexasol (ICN), el compuesto es oleoso y requiere diluirse adecuadamente en solución de glucosa al 5% vigilando que no se precipite. Las presentaciones bucales más conocidas son Bactrim y Septrin, el tratamiento por esta vía tiene la desventaja de no ser fácilmente tolerado por lo elevado de las dosis.

Una alternativa terapéutica es la Dapsona, una sulfona utilizada en el tratamiento de la lepra, que en estudios clínicos iniciales ha mostrado tener una buena respuesta, pero su uso está limitado a aquellos pacientes que pueden ser tratados por vía bucal.

Una vez terminado el curso del tratamiento el paciente deberá mantenerse indefinidamente con TMP-SMX por vía bucal en dosis de 2 tabletas cada 12 horas en un intento para evitar recaidas. Se ha utilizado con éxito la administración de Pentamidina en aerosol para evitar las recaídas pero esta alternativa tampoco es accesible en México.

PRONOSTICO:

De acuerdo a series norteamericanas es factible lograr la recuperación de aproximadamente el 80% de los pacientes que presentan el primer episodio de neumonía por Pneumocystis carini. por lo que los procedimientos diagnósticos y todos los esfuerzos están plenamente justificados. El pronóstico no es tan bueno en episodios subsecuentes, fundamentalmente por la mayor posibilidad de otras infecciones simultáneas.

BIBLIOGRAFIA.

1 Mills J. Pneumocystis carinii and toxoplasma gondi Infections in Patientes with AIDS. Rev. Infect. Dis. 8:1001-1011, 1986.

2 Ruíz-Palacios GM, Ponce de Léon RS, Cruz L.A y cols. Características del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en 93 pacientes del Instituto Nacional de la Nutrición. Rev. Inv. Clín. (Méx) 39:7-12, 1987.

3 Hughes TW. Pneumocystis carinii, en (Mandael, Douglas, Bennett (Ed), Principles and Practices of infectious diseases. Wiley Medical EUA. pag.2137, 1979.

4 Ruskin J. Newer developments in diagnosis and tratment of Pneymocystis infection, en Remington y Swartz (ed) Current clinical topics in infectious diseases, Mc Graw Hill, EUA. pag. 194, 1986.

3. VIGILANCIA DEL SIDA EN ESPAÑA*
(Situación al 23 de diciembre de 1987).

Desde 1981 que se detectó el primer caso de SIDA en España hasta el 23 de diciembre de 1987 se han registrado 789 casos de los cuales han fallecido 397 representando una tasa de letalidad del 50% con respecto a todos los casos diagnosticados. Esta letalidad ha disminuido a lo largo de estos años de vigilancia, ya que el 30 de marzo de 1987 se situaba en 62,00%.

En el Cuadro No. 1 vemos la distribución de los nuevos casos, por año de diagnóstico de la enfermedad principal. La disminución de los casos en el último año se considera debida a un retraso en la notificación.

De los 789 casos, 680 pertenecen al sexo masculino y 109 al sexo femenino, siendo la razón de masculinidad (M/F de 6,24; esta proporción no ha variado a la situación detectada el 30 de marzo de 1987).

La distribución por grupos de riesgo, edad y sexo se presenta en el Cuadro No. 2. En esta ocasión hemos dividido los grupos de edad en grupos incluyendo los de 60 y más años. Continúa existiendo el porcentaje mayor de casos en el grupo de edad de 20-29 años (392 casos, 49.70%), tanto en el sexo masculino (46.74%) como en el sexo femenino (67.88%), aunque el mayor número de casos en los varones lo encontramos en el

CUADRO NO. 1

CASOS DE SIDA POR AÑO DE DIAGNOSTICO
ESPAÑA: desde 1981 al 23 de diciembre de 1987

AÑO	NO. DE CASOS NUEVOS	NO. DE CASOS ACUMULADOS
1981	1	1
1982	3	4
1983	12	16
1984	39	55
1985	110	165
1986	299	464
1987	317	781

En 8 casos se desconoce la fecha de diagnóstico.

CUADRO NO. 2

SIDA: CASOS POR EDAD Y SEXO
ESPAÑA: desde1981 al 23 de diciembre1987

EDAD (años)	SEXO MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
<15	21	6	27	3.0
15-24	153	39	192	24.3
25-44	449	60	509	65.0
45-59	47	2	49	6.2
60 y +	10	2	12	1.5
TOTAL	670	109	789	100.0

*Adaptado de: Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal 1.788 ESPAÑA marzo de 1988

grupo de 25-29 años (181 casos 26.62%). Este mismo comportamiento se observa en los ADVP (Adictos a Droga por Vía Parenteral) en ambos sexos, el factor drogadicción se concentra en edades más jóvenes, fundamentalmente de 15 a 44 años (Cuadro No. 3). Sin embargo en el grupo de varones homosexuales, el mayor número de casos se observa en 30-39 años (95 casos, 50%) y el factor homosexualidad se da en edades más avanzadas, fundamentalmente de 20 a 60 años y más. Al agrupar los casos por edad y sexo de aquellos en que no se conoce el factor de riesgo, nos llama la atención que tienen el mismo comportamiento que el grupo de homosexuales para los varones y el grupo de ADVP para las mujeres. En este mismo cuadro destacan otros hechos: 1) la presencia del factor drogadicción en otras agrupaciones diferentes a ADVP, que sumando todos aquellos casos donde directa o indirectamente está presente el factor drogadicción, el porcentaje se eleva a 50,19% (hasta el 30 de marzo de 1987 este porcentaje se situaba en un 60,5%). 2) los casos de SIDA de pareja sexual de persona de riesgo se dan fundamentalmente en el sexo femenino, excepto un caso en que el factor de riesgo que presentaba era el haber mantenido durante 2 años relaciones heterosexuales con compañera VIH positiva. Este hecho coincide con lo observado en otros estudios que al parecer indican la dificultad de transmisión sexual del sexo femenino al masculino, aunque sería necesario realizar estudios que aporten más datos sobre este hecho.

Los menores de 15 años representan el 3,55% del total. De los 28 casos, 12 son hemofílicos, 2 receptores de transfusión y 14 hijos de padres de riesgo (todos ellos hijos de madres seropositivas frente al VIH).

CUADRO NO. 3

SIDA: DISTRIBUCION POR GRUPOS DE RIESGO, EDAD Y SEXO
ESPAÑA: desde 1981 al 23 de diciembre de 1987

FACTOR DE RIESGO	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL
Homosexuales	190		190
Adictos a Droga por Vía Parenteral	329	78	407
Adictos a Droga por Vía Parenteral + Homosexuales	46		46
Recep. de Hemoderivados	68	2	70
Recep. de Transfusiones	6	4	10
Hijos de padres de riesgo	7	7	14
Pareja sexual de persona de riesgo	1	8	9
Desconocidos	33	10	43
TOTAL	680	109	789

En el Cuadro No. 4 se observa la distribución del número de casos por tipo de diagnóstico. Las infecciones oportunistas (I.O.) son las más frecuentes asociadas al SIDA, siendo éstas las que se presentan con mayor frecuencia en ADVP, de 619 I.O. no asociadas a otra patología, el 58,80%

se encuentra en este grupo. La infección leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) se ha dado solo en 3 ocasiones. El sarcoma de Kaposi (S.K.) se ha dado, sin otra patología en 63 ocasiones, asociado a I.O. en 53 casos y con linfomas en 2. Los linfomas (L) se han observado en 38 ocasiones, 2 acompañando al S.K. y 11 acompañando a I.O.. El S.K. se da fundamentalmente en varones homosexuales o bisexuales, aunque se distribuye en otros grupos de riesgo, excepto en receptores de hemoderivados y en hijos de padres de riesgo.

Considerando la mortalidad en relación con la patología principal los pacientes con I.O. fallecen en un mayor número que los que presentan otros diagnósticos; de 619 han fallecido 315 (50,89%). En caso de S.K. de 63 casos han fallecido 20 (31,75%). Las I.O. que se asocian a S.K. tienen un porcentaje de fallecimientos que iguala a I.O. sólo (50,94%). Los casos que presentan linfomas, primarios de cerebro o no, fallecen en un mayor porcentaje 57,89% (22 de 38 casos). Los linfomas con S.K. o I.O. tienen la mayor mortalidad (84,62%). Si estudiamos la distribución geográfica de casos por grupos de riesgo, existe un comportamiento similar en todas las CC.AA. comparable al nacional, el mayor número de casos se da en ADVP, excepto en Baleares (14 varones homosexuales, 8 ADVP y 1 con ambas condiciones) y Canarias (9 homosexuales, 1 ADVP y 1 homosexual + ADVP).

Si realizamos tasas por 100,00 habitantes considerando todos los casos ocurridos desde 1981 y utilizando una población media (1984), Madrid presenta la tasa más elevada, seguida por Baleares y País Vasco, presentando la tasa más baja Murcia y Extremadura.

CUADRO NO. 4

SIDA: DISTRIBUCION POR GRUPOS DE RIESGO Y TIPO DE DIAGNOSTICO
ESPAÑA: desde 1981 al 23 de diciembre de 1987

TIPO DE DIAGNOSTICO	TOTAL	%
Sarcoma de Kaposi	63	7.9
Infecciones Oportunistas	619	78.4
Sarcoma de Kaposi más Infecciones Oportunistas	53	6.7
Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva	3	0.3
Linfoma	38	4.8
Sarcoma de Kaposi más Linfoma	2	0.2
Infecciones Oportunistas más Linfoma	11	1.3
TOTAL	789	100.0

Nota de la Redacción del BES.
Los casos de SIDA a que se refiere este informe son los considerados como tal, según la antigua definición para la vigilancia. La nueva definición empieza a aplicarse, según acuerdo de los países de la región europea de la OMS a partir del 1º de enero de 1988. Dicha definición ha sido publicada en los BES nos. 1.776 y 1.777, correspondientes a las semanas 10 y 11 de 1987.

CONTINENTE / PAIS	No. DE CASOS	FECHA DEL ULTIMO REPORTE
Africa — Afrique		
Algeria — Algérie	13	26.03.88
Angola	6	26.09.86
Benin — Bénin	9	31.12.87
Botswana	16	27.01.88
Burkina Faso	26	30.06.87
Burundi	960	31.01.88
Cameroon — Cameroun	25	05.03.87
Cape Verde — Cap-Vert	4	30.04.87
Central African Republic — République centrafricaine	254	31.10.86
Chad — Tchad	1	13.11.86
Comoros — Comores	—	13.11.86
Congo	1 250	09.12.87
Côte d'Ivoire	250	20.11.87
Djibouti	—	01.10.87
Egypt — Egypte	5	31.01.88
Ethiopia — Ethiopie	21	14.03.88
Gabon	13	06.07.87
Gambia — Gambie	35	08.03.88
Ghana	145	25.05.87
Guinea — Guinée	4	12.11.87
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	16	20.11.87
Kenya	964	10.11.87
Lesotho	2	27.11.87
Liberia — Libéria	2	11.03.88
Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne	—	31.12.87
Madagascar	—	25.04.87
Malawi	583	31.10.87
Mali	29	14.01.88
Mauritania — Mauritanie	—	13.11.86
Mauritius — Maurice	1	18.12.87
Morocco — Maroc	9	31.12.87
Mozambique	9	31.03.88
Niger	9	14.10.87
Nigeria — Nigéria	11	11.03.88
Reunion — Réunion	2	27.02.88
Rwanda	901	30.11.87
Sao Tomé and Principe — Sao Tomé-et-Principe	1	11.02.88
Senegal — Sénégal	66	04.12.87
Seychelles	—	13.11.86
Sierra Leone	—	03.11.87
Somalia — Somalie	—	31.12.87
South Africa — Afrique du Sud	98	04.01.88
Sudan — Soudan	23	20.03.88
Swaziland	7	01.07.87
Togo	2	10.12.87
Tunisia — Tunisie	19	30.01.88
Uganda — Ouganda	2 369	31.10.87
United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	1 608	17.10.87
Zaire — Zaire	335	30.06.87
Zambia — Zambie	536	09.12.87
Zimbabwe	—[a]	31.03.88
Total	10 639	

[a]: Zimbabwe retracto oficialmente los 380 casos y estan pendientes de acuerdo a una revisión.

CONTINENTE / PAIS	No. DE CASOS	FECHA DEL ULTIMO REPORTE
Americas — Amériques		
Anguilla	2	31.03.87
Antigua and Barbuda — Antigua-et-Barbuda	3	30.06.87
Argentina — Argentine	120	30.09.87
Bahamas	163	16.10.87
Barbados — Barbade	52	30.09.87
Belize	4	30.09.87
Bermuda — Bermudes	75	30.09.87
Bolivia — Bolivie	6	22.01.88
Brazil — Brésil	2 325	07.12.87
British Virgin Islands — Iles Vierges britanniques	—	31.03.87
Canada	1 517	15.02.88
Cayman Islands — Iles Caimanes	2	31.03.87
Chile — Chili	56	30.09.87
Colombia — Colombie	153	30.09.87
Costa Rica	39	30.09.87
Cuba	27	31.12.87
Dominica — Dominique	5	30.09.87
Dominican Republic — République dominicaine	352	16.10.87
Ecuador — Equateur	52	30.09.87
El Salvador	16	03.10.87
French Guiana — Guyane française	93	16.10.87
Grenada — Grenade	7	16.10.87
Guadeloupe	61	22.01.88
Guatemala	30	30.09.87
Guyana	5	30.09.87
Haiti — Haiti	912	30.09.87
Honduras	71	22.01.88
Jamaica — Jamaique	30	30.09.87
Martinique	27	30.06.87
Mexico — Mexique	1 233	01.03.88
Montserrat	—	30.09.87
Nicaragua	19	18.09.87
Panama	27	22.01.88
Paraguay	14	30.06.87
Peru — Pérou	44	30.09.87
Saint Kitts and Nevis — Saint-Kitts-et-Nevis	1	30.09.87
Saint Lucia — Sainte-Lucie	6	30.09.87
Saint Vincent and the Grenadines — Saint-Vincent-et-Grenadines	7	30.09.87
Suriname	6	30.09.87
Trinidad and Tobago — Trinité-et-Tobago	206	30.11.87
Turks and Caicos Islands — Iles Turques et Caiques	4	30.06.87
United States of America — Etats-Unis d'Amérique	57 575	28.03.88
Uruguay	16	22.01.88
Venezuela	101	30.09.87
Total	65 464	

Fuente: WHO: WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD. No. 19, 6 Mayo 1988.

CONTINENTE/PAIS	No. DE CASOS	FECHA DEL ULTIMO REPORTE
Asia — Asie		
Afghanistan	—	31.12.87
Bahrain — Bahrein	—	31.12.87
Bangladesh	—	14.04.87
Bhutan — Bhoutan	—	14.04.87
Brunei Darussalam — Brunéi Darussalam	—	08.09.87
Burma — Birmanie	—	14.04.87
China — Chine	2	08.09.87
China (Province of Taiwan) — Chine (province de Taiwan)	1	26.01.86
Cyprus — Chypre	3	01.06.87
Democratic People's Republic of Korea — République populaire démocratique de Corée	2	03.03.88
Democratic Yemen — Yémen démocratique	—	31.12.87
Hong Kong	9	02.02.88
India — Inde	9	09.05.87
Indonesia — Indonésie	1	21.04.87
Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	—	31.12.87
Iraq	—	31.12.87
Israel — Israël	47	31.12.87
Japan — Japon	66	19.01.88
Jordan — Jordanie	3	24.12.87
Kuwait — Koweït	1	31.12.87
Lebanon — Liban	5	31.12.87
Malaysia — Malaisie	3[b]	31.01.88
Maldives	—	30.06.87
Mongolia — Mongolie	—	31.12.87
Nepal — Népal	—	09.05.87
Pakistan	1	31.12.87
Philippines	11	06.01.88
Qatar	32	31.12.87
Republic of Korea — République de Corée	1	08.09.87
Singapore — Singapour	3	31.12.87
Sri Lanka	2	27.01.88
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	3	20.03.88
Thailand — Thaïlande	12	12.10.87
Turkey — Turquie	21	31.12.87
Viet Nam	—	08.09.87
Yemen — Yémen	—	31.12.87
Total	238	
Europe		
Albania — Albanie	—	31.08.87
Austria — Autriche	139	31.12.87
Belgium — Belgique	297	31.12.87
Bulgaria — Bulgarie	3	06.10.87

b : Los casos reportados en el No. 14 de abril de 1988 se deben a un error.

CONTINENTE/PAIS	No. DE CASOS	FECHA DEL ULTIMO REPORTE
Europe *(contd - suite)*		
Czechoslovakia — Tchécoslovaquie	8	31.03.88
Denmark — Danemark	240	31.03.88
Finland — Finlande	24	31.12.87
France	3 073	31.12.87
German Democratic Republic — République démocratique allemande	6	31.12.87
Germany, Federal Republic of - Allemagne, République fédérale d'	1 906	31.03.88
Greece — Grèce	88	31.12.87
Hungary — Hongrie	11	31.03.88
Iceland — Islande	4	30.09.87
Ireland — Irlande	33	31.12.87
Italy — Italie	1 619	29.02.88
Luxembourg	9	31.12.87
Malta — Malte	9	29.02.88
Monaco	1	31.12.87
Netherlands — Pays-Bas	420	31.12.87
Norway — Norvège	75	31.03.88
Poland — Pologne	3	31.03.88
Portugal	90	31.12.87
Romania — Roumanie	3	31.12.87
Spain — Espagne	789	31.12.87
Sweden — Suède	179	31.03.88
Switzerland — Suisse	355	31.12.87
USSR — URSS	4	05.08.87
United Kingdom — Royaume-Uni	1 429	31.03.88
Yugoslavia — Yougoslavie	34	31.03.88
Total	16 851	
Oceania — Océanie		
Australia — Australie	813	11.04.88
Cook Islands — Iles Cook	—	08.09.87
Fiji — Fidji	—	08.09.87
French Polynesia — Polynésie française	1	31.01.88
Kiribati	—	18.01.88
Mariana Islands — Iles Mariannes	—	05.08.87
New Caledonia and Dependencies — Nouvelle-Calédonie et dépendances	—	08.09.87
New Zealand — Nouvelle-Zélande	74	07.03.88
Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	—	08.09.87
Samoa	—	08.09.87
Solomon Islands — Iles Salomon	—	08.09.87
Tonga	1	06.10.87
Tuvalu	—	08.09.87
Vanuatu	—	08.09.87
Total	889	
Total mundial	88 081	

Fuente: WHO : WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD. No. 19, 6 Mayo 1988.

5. EPIDEMIOLOGIA MOLECULAR ASOCIADA AL VIRUS LINFOTROPICO T HUMANO TIPO I (HTLV-I) LINFOMAS NO-HODGKIN EN JAMAICA.*

Como parte de los estudios epidemiológicos de neoplasias asociadas al HTLV-I en Jamaica, los autores evaluaron 26 pacientes con linfoma no-hogkin buscando la presencia del provirus integrado a HTLV-I en las células malignas.

Quince de los 26 pacientes tenían el provirus integrado; los quince mostraron anticuerpos contra HTLV-I, los once pacientes restantes no tenían integrados provirus a sus células y tampoco mostraron anticuerpos contra HTLV-I. Todos los pacientes que tuvieron anticuerpos anti-HTLV-I iniciaron su enfermedad en la edad adulta (de 21-57 años de edad). Al contrario de los casos negativos (de 4 a 66 años). Las características clínicas más comunes en los pacientes positivos con provirus incluyeron: la fase leucémica, lesiones dérmicas e hipercalcemia, que se ven frecuentemente en linfomas y leucemias de células T del adulto asociados con HTLV-I. La presencia de lesiones dérmicas, células malignas circulantes, pruebas de funcionamiento hepático anormales o la presencia de dos o más de éstas características fueron diferentes de forma significativa entre los casos con provirus positivos y los casos con provirus negativos. A pesar de que la sobrevida de los casos positivos (6 meses) fue más corta que los de casos negativos (9 meses), ésto no fue estadísticamente significativo.

El único indicador de sobrevida significativo fue la hipercalcemia. Aquellos que desarrollaron hipercalcemia en algún momento de la evolución de la enfermedad independientemente de su infección por HTLV-I, tuvieron una sobrevida media de 5 meses, en comparación a la media de 17.5 meses de aquellos que nunca mostraron hipercalcemia. Los seis linfomas HTLV-I positivos que fueron sometidos a tipificación celular fueron todos OK T-4 positivos mientras que los casos HTLV-I negativos fueron tipificados como linfoma de células B.

COMENTARIO

El papel del virus linfotrópico T humano tipo I (HTLV-I) en la etiología de leucemias y linfomas de células T ha sido documentado en estudios virológicos y epidemiológicos en Japón[1]. En la actualidad, los estudios en países del Continente Americano, indican la importancia epidemiológica del HTLV-I en la etiología de linfomas no Hodgkin en esta región. La Dirección General de Epidemiología iniciará estudios en poblaciones selectas para determinar la magnitud de la infección por este otro retrovirus en nuestro país. Este retrovirus también ha sido involucrado como un cofactor para el desarrollo del SIDA en sujetos infectados previamente por el VIH.

* S.W. Clark et.al. Cáncer 61:477-482, 1988.

(1) Yoshida M, Seiki M, Yamaguchi K, Takatsuki K.: Monoclonal integration of human primary tumors of adult T-cell leukemia virus in the disease. Proc Natl Acad Sci USA 1983; 81:2534-2537.

A V I S O S

SIMPOSIO INTERNACIONAL DE COMUNICACION Y EDUCACION SOBRE SIDA IXTAPA, MEXICO 16-20 DE OCTUBRE DE 1988

El Primer Simposio Internacional de Comunicación y Educación sobre el SIDA, organizado por la Secretaría de Salud de México, tiene el propósito de analizar e intercambiar experiencias relacionadas con la prevención del SIDA. El Simposio reunirá a administradores y expertos en planeación de la salud, educadores, especialistas en comunicación educativa, epidemiólogos y personas interesadas en apoyar la investigación sobre el SIDA. Asimismo, asistirán representantes de las Agencias de Salud Nacionales, Internacionales y de Agrupaciones Privadas. Los temas versarán sobre Investigación y Comunicación Educativa en Salud; Planeación Educativa, Diseño de Programas y Materiales Educativos, Investigación de Programas de Comunicación y Educación, así como Evaluación del Impacto de los Medios de Prevención contra el SIDA. El evento se realizará en Ixtapa, México, del 16 al 20 de octubre de 1988.

El Boletín Mensual sobre SIDA es la comunicación oficial de CONASIDA (Comité Nacional de Prevención sobre SIDA), está dirigido al personal médico y paramédico de las diferentes Instituciones con el propósito de informar sobre las características epidemiológicas del comportamiento de la infección por VIH en el país, proporcionar información actualizada sobre aspectos virales, clínico-terapéuticos y preventivos, así como informar sobre las normas, pautas y actividades que se adopten para el control de la epidemia.

Se aceptan contribuciones que traten aspectos epidemiológicos, virológicos, clínicoterapeúticos, educativos, sociales, jurídicos o éticos relacionados con la infección por VIH. Los artículos firmados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la opinión de CONASIDA o de la Institución a que está (n) afiliado (s) el (los) autor (es).

El SIDA se ha adicionado a la lista de enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica y la notificación inmediata de los casos es obligatoria (artículos 134 y 136 de la Ley General de Salud). La notificación deberá hacerse utilizando los formatos elaborados exclusivamente para SIDA y enviarse a:

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA
ANICETO ORTEGA 1321 5o. PISO, COL. DEL VALLE, DELEG. BENITO JUAREZ, 03100 MEXICO, D.F. TELEX 1764586 SSDFME TELEFONOS 5-34-78-91 5-24-87-23.

CONASIDA
COMITE NACIONAL DE PREVENCION DEL SIDA

PRESIDENTE
DR. JAIME SEPULVEDA AMOR

REPRESENTANTES INSTITUCIONALES

I.M.S.S.
DR. JAIME CERVANTES RANGEL
I.S.S.S.T.E.
DR. JUAN A. HERRERA MORO
I. N. NUTRICION
DR. GUILLERMO RUIZ PALACIOS
U.N.A.M.
DR. ELIAS RESCALA
SANIDAD MILITAR
G.B.M.C. JOSE LUIS GUTIERREZ S.
SANIDAD NAVAL
C.N. VICTORIANO LLACA RODRIGUEZ
D.D.F.
DR. ROBERTO CASTAÑON ROMO
P.E.M.E.X.
DR. RAUL FUENTES AGUILAR
GABINETE TECNICO
DR. JOSE LUIS EGREMY
CENTRO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
DR. ERNESTO CALDERON JAIMES

COORDINADORES DE COMISIONES

EPIDEMIOLOGIA	DR. J. L. VALDESPINO
EDUCACION	DR. A. SANROMAN V.
BANCOS DE SANGRE	DR. J. L. DOMINGUEZ T.
ASPECTOS CLINICOS	DR. G. RUIZ PALACIOS
ASPECTOS JURIDICO	LIC. JORGE ESPINOSA
MOVILIZACION SOCIAL	DR. I. GUZMAN GARDUÑO

DIRECTOR DEL BOLETIN
DR. JAIME SEPULVEDA AMOR

EDITORES
DR. JOSE LUIS VALDESPINO G.
DRA. MA. DE LOURDES GARCIA G.
DR. JOSE LUIS MORA GALINDO
DRA. BLANCA RICO GALINDO
DR. MANUEL PALACIOS MARTINEZ

ANICETO ORTEGA 1321 COL. DEL VALLE C.P. 03100
TEL: 5 24 87 23 5 34 78 91